

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL

CATEGORÍAS DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL DEL PROGRAMA DE SUBVENCIÓN GLOBAL DE CUIDADO INFANTIL DEL ESTADO DE NUEVA YORK

- 1) Familias que cumplen con los requisitos de garantía de cuidado infantil que solicitan o reciben Asistencia Pública (PA), que reciben Asistencia para Cuidado Infantil en lugar de PA o que reciben cuidado infantil de transición
- 2) Familias que cumplen con los requisitos cuando hay fondos disponibles
- 3) Familias que cumplen con los requisitos cuando hay fondos disponibles y el Departamento de Servicios Sociales las ha incluido en su Plan de Servicios para Niños y Familias

ESTA SOLICITUD SE USA PARA SOLICITAR SÓLO ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL COMO FAMILIA DE CATEGORÍA 2 Ó 3

Si usted desea solicitar sólo Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 2 ó 3, puede usar esta solicitud más corta. Si desea solicitar otros beneficios tales como Asistencia Pública, Asistencia Nutricional Suplementaria (Cupones de Alimentos), Asistencia de Energía para el Hogar, Medicaid u otros servicios, incluyendo Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 1, pida la *Solicitud de Ciertos Subsidios y Servicios del Estado de Nueva York* (LDSS-2921).

Al presentar la *Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil* en lugar de la *Solicitud de Ciertos Subsidios y Servicios del Estado de Nueva York* (LDSS-2921), usted solicita la Asistencia para Cuidado Infantil sólo en las categorías 2 y 3, es decir, cuando hay fondos disponibles. Usted no está solicitando cuidado infantil garantizado de la categoría 1.

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si es elegible, los beneficios pueden ser retroactivos a la fecha en que presentó su solicitud.
- Puede presentar su solicitud personalmente o por correo.
- Aceptaremos su solicitud si incluye como mínimo su nombre, dirección y una firma. Sin embargo, la solicitud debe estar completa para que podamos determinar su elegibilidad.

CÓMO LLENAR LA SOLICITUD

- Las instrucciones y la solicitud están numeradas por sección para ayudarle.
- Escriba claramente en LETRA DE MOLDE.
- NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS.
- LLENE todas las secciones.
- Si presenta la solicitud en representación de otra persona, escriba la información de dicha persona.

DÓNDE PRESENTAR LA SOLICITUD

- El Departamento de Servicios Sociales (DSS) del condado en el que usted vive.

Asegúrese de que le hayan dado copias de:

- **LDSS-4148A:** *Lo Que Usted Debe Saber Sobre Sus Derechos y Responsabilidades*
- **LDSS-4148B:** *Lo Que Usted Debe Saber Sobre los Programas de Servicios Sociales*
- **LDSS-4148C:** *Lo Que Usted Debe Saber Si Tiene una Emergencia*

Estos folletos incluyen información sobre sus derechos y responsabilidades.

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD**SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

- **NOMBRE:** Escriba en LETRA DE MOLDE su nombre legal, incluyendo su primer nombre, su inicial del segundo nombre y su apellido. Incluya cualquier alias o nombre de soltera.
- **NÚMERO DE TELÉFONO:** Escriba en LETRA DE MOLDE su número de teléfono e incluya el código de área.
- **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Escriba en LETRA DE MOLDE su dirección de domicilio completa, incluyendo el apartamento, la ciudad, el estado y el código postal de donde vive **ahora**.
- **DOMICILIO POSTAL:** Si recibe su correo en otro lugar que no sea donde vive, escriba aquí la dirección en LETRA DE MOLDE.
- **DIRECCIÓN ANTERIOR:** Si se mudó el año pasado, escriba en LETRA DE MOLDE su dirección anterior. Si necesita más espacio, use la sección 10 de la página 4 o adjunte más hojas, según sea necesario.
- **OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO:** Escriba en LETRA DE MOLDE otro número de teléfono en donde lo puedan localizar.
- **ESTADO CIVIL:** Marque la casilla que describa su estado civil **actual**.
- **IDIOMA PRINCIPAL:** ¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su hogar? Marque la casilla que corresponda. Si es “otro”, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del idioma.

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO SEAN SOLICITANTES.****COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE CADA PERSONA:**

- **NOMBRE:** Primero escriba en LETRA DE MOLDE su nombre y luego los nombres de las personas que viven con usted. Incluya los alias y nombres de solteras.
- **FECHA DE NACIMIENTO Y SEXO:** ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE la fecha de nacimiento y el sexo de cada solicitante. Se considera “solicitante” al niño (o niños) que necesita(n) cuidado, sus padres (incluyendo padrastros o madrastras) y los hermanos menores de 18 años de edad que viven en el hogar.
- **RELACIÓN:** ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE su relación con cada solicitante (por ejemplo, esposo, esposa, hijo, niño de cuidado temporal, amigo, amiga, novio, novia, compañero de habitación, inquilino, etc.).
- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Usted puede, pero no tiene que hacerlo, incluir los números de Seguro Social. Las agencias federales, estatales y locales pueden utilizar los números de Seguro Social para evitar la duplicación de servicios, detectar fraudes y para los informes federales.
- **HISPANO/LATINO:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si cada solicitante es o no es de origen hispano o latino.
- **RAZA:** Escriba S (Sí) o N (No) para el código de raza.
I: nativo americano o nativo de Alaska, A: asiático, B: negro o afroamericano, P: nativo de Hawái u otra isla del Pacífico, W: blanco.

PARA CADA NIÑO QUE VIVA EN EL HOGAR, TAMBIÉN RESPONDA SÍ O NO A LO SIGUIENTE:

- **EL HIJO ES CIUDADANO DE EE. UU.:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si cada niño que necesita Asistencia para Cuidado Infantil es *ciudadano de EE. UU., nacional o persona con estado migratorio satisfactorio*.
- **NECESIDAD DE CUIDADO INFANTIL:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si cada niño necesita cuidado infantil.
- **NIÑO CON DISCAPACIDAD:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si cada niño tiene alguna discapacidad. En general, un niño con una discapacidad es:
 - un niño que tiene entre 3 y 9 años de edad y experimenta retraso en el desarrollo en una o más de las siguientes áreas: desarrollo físico, desarrollo cognitivo, desarrollo de comunicación, social o emocional o desarrollo de adaptación; O

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD (cont.)

- **NIÑO CON DISCAPACIDAD (cont.):**
 - un niño que necesita educación especial y servicios relacionados debido a una de las siguientes condiciones: discapacidad intelectual, impedimento auditivo (incluyendo sordera), trastornos del habla o lenguaje, trastornos visuales (incluyendo ceguera), trastorno emocional grave, trastornos ortopédicos, autismo, lesión cerebral traumática y otros trastornos de salud, o discapacidades de aprendizaje específicas; O
 - un niño menor de 3 años de edad que es elegible para recibir Servicios de Intervención Temprana; O
 - un niño menor de 13 años de edad que tiene un impedimento físico o mental que limite considerablemente una o más actividades esenciales de la vida diaria
- **AMBOS PADRES EN EL HOGAR:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si ambos padres de cada niño viven en el hogar (para cada niño).

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD**SECCIÓN 3. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL HOGAR**

Las preguntas de la sección se aplican al solicitante Y a cualquier adulto del hogar que solicite Asistencia para Cuidado Infantil con usted. Eso se refiere a su esposo o su esposa que vive con usted, o a un adulto que viva con usted y con quien usted tenga por lo menos un hijo en común.

DEBE MARCAR SÍ O NO PARA CADA INCISO:

- **CUIDADO INFANTIL POR TRABAJO:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante necesita(n) cuidado infantil para poder trabajar.
- **CUIDADO INFANTIL POR OTRA RAZÓN:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante necesita(n) cuidado infantil por otra razón que no sea para poder trabajar. Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la razón?
- **PERSONAS SIN CASA/DESAMPARADA:** Marque (✓) Sí o No para indicar si su familia tiene un lugar fijo, regular y adecuado para pasar la noche.
- **FUERZAS ARMADAS:** Marque (✓) Sí o No para indicar si uno de los padres del hogar está en servicio de tiempo completo en el Ejército de EE. UU.
- **RESERVA MILITAR:** Marque (✓) Sí o No para indicar si uno de los padres del hogar es miembro de la Guardia Nacional o de una unidad de Reserva Militar.
- **ASISTENCIA PÚBLICA:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante recibe(n) o está(n) solicitando Asistencia Pública (PA).
- **OTROS FONDOS PARA CUIDADO INFANTIL:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante recibe(n) o está(n) solicitando otra ayuda para pagar el cuidado infantil.
- **EMBARAZADA:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante es una mujer embarazada. Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha prevista de parto?

SECCIÓN 4. MIEMBROS DEL HOGAR MENORES DE 21 AÑOS DE EDAD CUYOS PADRES NO VIVEN EN EL HOGAR

Escriba en LETRA DE MOLDE los nombres de los miembros del hogar menores de 21 años de edad, y el nombre y la dirección del padre/madre ausente.

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DEL EMPLEO DEL SOLICITANTE

- **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:** Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar donde trabaja.
- **INFORMACIÓN DEL EMPLEO:** Llene esta sección sobre su empleo: ¿Cuándo empezó a trabajar? ¿Cuántas horas trabaja? ¿Cuánto le pagan y con qué frecuencia recibe su salario? ¿Varía su horario? ¿Trabaja horas extras? ¿Cuál es su horario?

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD (cont.)**SECCIÓN 6. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EMPLEO**

- **¿INFORMACIÓN DEL EMPLEO DE QUIÉN?** Indique si la información del empleo que proporcionó es del solicitante o de su cónyuge/otro padre.
- **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:** Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar donde trabaja su cónyuge o el otro padre/madre.
- **INFORMACIÓN DEL EMPLEO:** Llene esta sección sobre el empleo de su cónyuge o el otro padre/madre: ¿Cuándo empezó a trabajar él/ella? ¿Cuántas horas trabaja? ¿Cuánto le pagan y con qué frecuencia recibe su salario? ¿Varía su horario? ¿Trabaja horas extras? ¿Cuál es su horario?

PÁGINA 3 DE LA SOLICITUD**SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS**

- Marque (✓) Sí o No para cada tipo de ingreso suyo y de cualquier otra persona que viva con usted.
- Por cada "Sí" que responda, escriba en LETRA DE MOLDE el monto o el valor en dólares (\$), la frecuencia con que los recibe y el nombre de la persona que recibe los ingresos.
- **En esta solicitud debe reportar todos los ingresos.**
- Algunos ejemplos de "otros" tipos de ingresos son: beneficios de jubilación y compensación de los trabajadores.

SECCIÓN 8. TIEMPO NECESARIO PARA TRASLADARSE DE LA UBICACIÓN DE CUIDADO INFANTIL AL LUGAR DE TRABAJO/CENTRO EDUCATIVO/OTRA ACTIVIDAD APROBADA

- **TIEMPO DE VIAJE DESPUÉS DE DEJAR AL NIÑO** Indique cuánto tiempo (horas y minutos) le toma viajar desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil al trabajo, al centro educativo u otra actividad aprobada, después de dejar al niño. Marque Sí o No para indicar si utiliza el transporte público.
- **TIEMPO DE VIAJE DESPUÉS PARA RECOGER AL NIÑO** Indique cuánto tiempo (horas y minutos) le toma viajar desde su trabajo, el centro educativo u otra actividad aprobada para llegar a recoger al niño en el centro de cuidado infantil. Marque Sí o No para indicar si utiliza el transporte público.

SECCIÓN 9. AVISOS. LEA LOS SIGUIENTES CONSENTIMIENTOS Y CERTIFICACIONES IMPORTANTES

LEA CUIDADOSAMENTE ESTA SECCIÓN o pídale a alguien que se la lea.

- Al firmar, usted certifica que sus recursos familiares combinados no exceden de \$1,000,000. Los ejemplos de recursos familiares incluyen: dinero en efectivo, ahorros y cuentas de cheques, su casa, bienes raíces, automóviles, acciones, bonos, fondos mutuos, 401-(k) de IRA, anualidad, fideicomiso, seguro de vida, el contenido de cajas fuertes, etc.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD**SECCIÓN 10. CERTIFICACIÓN Y FIRMA**

- **FIRMA:** FIRME con su nombre y escriba la fecha. *Si llenó la solicitud en representación de alguien más, firme con su propio nombre.*
- **FIRMA DEL SEGUNDO SOLICITANTE:** Si su esposo o esposa vive con usted, ambos **deben** firmar la solicitud. Si vive con usted un adulto con quien tenga al menos un hijo en común, ambos **deben** firmar la solicitud.

SECCIÓN 11. SI DESEA RETIRAR SU SOLICITUD

Si usted decide que ya no desea solicitar la Asistencia para Cuidado Infantil, firme con su nombre y escriba la fecha. Puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento.

NOTA: La última página de la *Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil* es una solicitud de registro para votar. Si desea ayudar a llenar el formulario de solicitud de registro como votante, hable con un examinador de elegibilidad. Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará su elegibilidad para recibir asistencia para el cuidado infantil ni la ayuda que le dará esta agencia.